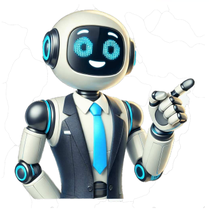
Continue



O Cisto de Baker, também conhecido como Cisto Poplíteo, é uma condição comum que afeta a parte de trás do joelho e que, muito frequentemente, aparece nos exames de imagem, em especial na ressonância magnética, gerando ansiedade nos pacientes. Este guia completo foi feito com o objetivo de esclarecer o máximo possível as causas, sintomas e opções de tratamento do Cisto de Baker. “Cisto” é um termo médico que se refere a um tumor benigno, onde há acúmulo de líquido. Portanto, em praticamente qualquer lugar do corpo humano é possível que ocorra a formação de um cisto, pelos mais diversos motivos. De modo específico, um Cisto de Baker é uma bolsa de líquido que se forma atrás do joelho, tendo esse nome em homenagem ao médico que primeiro o descreveu. Geralmente, ele é preenchido com o líquido sinovial, que normalmente lubrifica a articulação do joelho. Esse acúmulo de líquido que forma o cisto é muitas vezes resultado de uma condição subjacente (um problema na articulação), como a artrose ou uma lesão no joelho, como uma lesão de menisco. Formado e especializado em Cirurgia do Joelho pela Santa Casa de São Paulo Pós-Graduado pela UNIFESP Membro do Grupo de Joelho e do Grupo de Trauma Ortopédico da Santa Casa de São Paulo Membro da SBOT e da SBCJ Autor e coautor de diversos artigos científicos Artrite: o termo “artrite” se refere a uma inflamação articular, que pode ter diversas causas, como a artrose (também chamada de osteoartrite ou osteoartrose) ou a artrite reumatóide (uma doença auto-imune), que geram um quadro inflamatório e aumento da produção de líquido sinovial, que por sua vez acumula-se na parte de trás do joelho formando o cisto. Lesões no Joelho: Traumas ou lesões no joelho, como uma lesão de menisco ou de ligamento cruzado, podem irritar a articulação, causando um processo inflamatório e desencadeando a formação do cisto. Sobrecarga: Quando o joelho é sobrecarregado – como após uma sessão intensa de treino ou corrida, por exemplo – mesmo que não haja uma lesão específica, pode ocorrer um processo inflamatório e consequente aumento da produção de líquido sinovial, causando o aparecimento do cisto. Outras Condições: Algumas condições médicas, como uma sinovite infecciosa, sinovite tumoral, uma tendinite ou uma bursite, também podem ser causa do desenvolvimento do Cisto de Baker. Imagem mostrando o volume que aparece na parte de trás do joelho, quando o Cisto de Baker está suficientemente grande Os sintomas mais comuns de um Cisto de Baker incluem: Inchaço (“bola”) atrás do joelho. Dor ou sensação de pressão no joelho. Dificuldade em dobrar ou esticar o joelho completamente. Sensação de fraqueza no joelho e na coxa. Ser assintomático – ou seja, não causa nenhum incômodo, sendo considerado neste caso um “achado de exame” (quando descrito num laudo de ressonância, por exemplo) Para diagnosticar um Cisto de Baker, o médico geralmente realiza um exame físico (feito no consultório) e pode solicitar diversos exames complementares, entre eles exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética, para avaliar o tamanho do cisto e, mais importante, descobrir o que está causando esse acúmulo exagerado de líquido sinovial que forma o Cisto de Baker. O Cisto de Baker é muitas vezes encontrado e descrito nos laudos dos exames de imagem, mesmo quando não causa nenhum sintoma, em especial na ressonância magnética, o que comumente gera ansiedade nos pacientes. No entanto, não há motivo de alarme – O Cisto de Baker NÃO é um câncer. Imagem de ressonância magnética mostrando um grande Cisto de Baker (em branco) Veja as opiniões de pacientes sobre o Dr. Marcos Mestriner: Google Meu Negócio – Dr. Marcos Mestriner Doctoralia – Dr. Marcos Mestriner O tratamento de um Cisto de Baker depende da gravidade dos sintomas e da causa subjacente. Com a melhora do quadro inflamatório, o Cisto de Baker tende a diminuir e, muitas vezes, a desaparecer. As opções de tratamento incluem: Tratamento Conservador: Pode envolver repouso, aplicação de gelo, compressão e elevação (representados pela sigla “RICE”, do inglês), juntamente com fisioterapia para fortalecer os músculos ao redor do joelho. Medicamentos: Analgésicos ou anti-inflamatórios podem ser prescritos para aliviar a dor e a inflamação. Aspiração: Em alguns casos, o médico pode drenar o líquido do cisto usando uma agulha, para aliviar os sintomas – embora isso seja raramente indicado. Cirurgia: Apesar de raramente indicada, se o cisto for muito grande, doloroso ou persistente, a cirurgia pode ser necessária para removê-lo, juntamente com o tratamento da causa subjacente. Novamente, para tratamento adequado de um cisto de Baker, a identificação e resolução da causa subjacente é, sem dúvida, o mais importante. Ou seja, se houver uma lesão de menisco, ela deve ser tratada adequadamente; do mesmo modo, se houver uma artrose do joelho, ela deve ser abordada para que se resolva o cisto de Baker, e assim por diante. Artroscopia pode estar indicada para tratar a causa de um eventual cisto de Baker, como uma lesão de menisco, por exemplo A prevenção do Cisto de Baker envolve o manejo das condições subjacentes, como o adequado tratamento da artrose, e a prevenção de lesões e de sobrecarga no joelho, por meio de treinos bem orientados e executados e do adequado preparo muscular (fortalecimento, alongamentos e ativação muscular). Embora não seja uma condição frequente, eventualmente um Cisto de Baker pode romper, especialmente se for muito volumoso. Quando isso acontece, o quadro clínico é de dor importante no joelho e na perna, acompanhado de inchaço da perna e que pode atingir até o pé do mesmo lado. Esse quadro clínico costuma ser confundido com uma trombose venosa da perna – uma condição bem mais grave e que idealmente deve ser tratada por um cirurgião vascular. A diferenciação entre os dois problemas costuma ser feita através de exames de imagem, em geral com uma ultrassonografia com Doppler (para ver o fluxo sanguíneo). No caso de uma ruptura de Cisto de Baker, o tratamento costuma ser expectante – o que quer dizer que medidas para alívio dos sintomas são orientadas (medicação, repouso, elevação da perna, gelo), aguardando-se a resolução do quadro. O Cisto de Baker é uma condição comum do joelho, benigna (ou seja, NÃO é um câncer), mas que pode causar desconforto e limitar a mobilidade. O tratamento adequado, que pode variar de medidas conservadoras a cirurgia, depende da gravidade dos sintomas e da causa subjacente. Se você suspeitar de um Cisto de Baker, ou ele apareceu em algum exame, é importante procurar atendimento médico para um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado. Para obter mais informações e orientações personalizadas, consulte um ortopedista. Com mais de 10 anos de experiência tratando joelhos, o Dr. Marcos Mestriner pode te ajudar. Fonte: Baker’s cyst What is a Baker’s cyst (popliteal cyst)? Leia mais: Mais de 10 anos de experiência tratando lesões do joelho Formado e especializado em Cirurgia do Joelho pela Santa Casa de São Paulo Pós-Graduado pela UNIFESP Membro do Grupo de Joelho e do Grupo de Trauma Ortopédico da Santa Casa de São Paulo Membro da SBOT e da SBCJ Autor e coautor de diversos artigos científicos Com a tagDor no joelhoJoelhoProblemas Cisto de Baker é um bolsa preenchido com líquido sinovial na parte de trás do joelho, que pode causar sintomas como caroço e dor atrás do joelho, inchaço, rigidez e dificuldade de movimento. Encontre um Ortopedista perto de você! Parceria com Buscar Médico Normalmente, o cisto de Baker no joelho surge em pessoas com histórico de pancadas ou acidentes no joelho, doenças articulares ou que fizeram sobrecarga da articulação, devido a exercícios físicos intensos, por exemplo. O tratamento do cisto de Baker, também chamado de cisto poplíteo ou cisto parameniscal, é feito pelo ortopedista e pode envolver repouso, fisioterapia, uso de remédios ou até cirurgia. Sintomas de cisto de Baker Os principais sintomas do cisto de Baker são: Dor, desconforto ou sensação de pressão atrás do joelho; Dor atrás do joelho que piora com esforços; Caroço na parte de trás do joelho; Dificuldade para esticar ou dobrar a perna. Os cistos pequenos normalmente causam poucos ou nenhum sintoma, no entanto, podem aumentar de tamanho com o tempo se não forem tratados adequadamente, e levar ao surgimento dos sintomas. Quando o cisto de Baker é muito grande pode comprimir vasos ou nervos próximos, levando ao surgimento de outros sintomas como formigamento, fraqueza ou inchaço na perna. Leia também: Dor atrás do joelho: 10 principais causas (e o que fazer) tuasaude.com/dor-atras-do-joelho Cisto de Baker rompido O cisto de Baker pode se romper caso seja muito grande ou se existir um acúmulo rápido de líquido, provocando sintomas como dor intensa, vermelhidão e inchaço na perna. Neste caso, o inchaço ou caroço atrás do joelho tende a desaparecer e pode ocorrer a sensação de água escorrendo pela perna. Em caso de suspeita de cisto de Baker rompido é recomendado procurar uma emergência para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento apropriado. Como confirmar o diagnóstico O diagnóstico de cisto de Baker geralmente é feito pelo ortopedista ou reumatologista através da avaliação sintomas apresentados e histórico de acidentes, pancadas no joelho e doenças articulares. Marque uma consulta com o ortopedista na região mais próxima de você: Parceria com agende sua consulta online Disponível em: São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Maranhão, Pará, Paraná, Sergipe e Ceará. Além disso, o médico deve fazer o exame físico e, em alguns casos, solicitar exames como ultrassom do joelho ou ressonância magnética para confirmar o diagnóstico. Cisto de Baker é grave? O cisto de Baker é uma condição benigna e geralmente não é considerado um problema grave. No entanto, é importante confirmar o diagnóstico e, quando indicado, realizar o tratamento adequado, para evitar a piora dos sintomas e o surgimento de complicações. Possíveis causas As principais causas de cisto de Baker são: Acidentes ou pancadas diretas no joelho; Osteoartrite ou artrite reumatoide; Lesão ou ruptura do menisco; Tumor benigno do tipo sinovite vilonodular pigmentada; Sobrecarga frequente da articulação, devido a exercícios físicos intensos. Essas condições podem levar ao acúmulo de líquido sinovial dentro da bursa atrás do joelho, formando o caroço na fossa poplítea, por isso também é chamado de cisto poplíteo. Cisto de Baker é câncer? O cisto de Baker não é câncer e não aumenta o risco de câncer, sendo uma condição benigna. Esse cisto é formado pelo acúmulo de líquido sinovial na bursa poplítea, uma bolsa localizada naturalmente atrás do joelho que funciona como um amortecedor, além de reduzir a fricção entre os ossos, os tendões e os músculos das articulações. Como é feito o tratamento O tratamento do cisto de Baker deve ser feito com orientação do ortopedista e é indicado nos casos em que o cisto provoca sintomas. Os principais tratamentos para cisto de Baker são: 1. Evitar esforços e repouso Evitar esforços é importante para prevenir que o cisto provoque dor ou aumente de tamanho. Além disso, em caso de dor, evitar andar muito ou carregar pesos, por exemplo, é importante para prevenir a piora e permitir a recuperação adequada. 2. Aplicação de compressas frias A aplicação de compressas frias pode ser recomendada em caso de dor e inchaço. Para isso, pode-se enrolar um saco com gelo em uma toalha e aplicar sobre o local da dor por cerca de 15 minutos pela manhã e à noite, para aliviar os sintomas. 3. Uso de anti-inflamatórios Quando a dor é intensa, o médico pode indicar o uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides, como ibuprofeno ou diclofenaco, para diminuir a inflamação e aliviar a dor. Confira os principais anti-inflamatórios e como usar. 4. Sessões de fisioterapia A realização de fisioterapia, exercícios de reabilitação e alongamentos é indicada para fortalecer os músculos do joelho e evitar a pressão exagerada sobre a articulação. Assim, a fisioterapia é eficaz em aliviar os sintomas, principalmente nos casos em que a dor é leve. 5. Tratamento de doenças associadas O tratamento adequado de outros problemas e doenças articulares, como artrite reumatoide e osteoartrite, é fundamental para evitar que o cisto aumente de tamanho e os sintomas causados pelo cisto piorem. Por isso, o médico pode orientar o tratamento de outras condições ou encaminhar para outro especialista. Veja como é feito o tratamento da osteoartrite. 6. Injeção de corticoide A injeção de corticoide diretamente no cisto pode aliviar a dor e diminuir o tamanho. Geralmente, é indicada quando os sintomas persistem mesmo com o uso de medicamentos ou a realização de fisioterapia. Além disso, é mais utilizada quando o cisto está associado a outras doenças como osteoartrite ou artrite reumatoide. 7. Aspiração do cisto por agulha A aspiração do cisto por agulha pode ser indicada em alguns casos e pode ser combinada com a injeção de corticoide, para alívio da dor e redução do tamanho do cisto. Normalmente, a aspiração por agulha é mais eficaz em pessoas jovens e sem outras doenças que afetam as articulações. 8. Cirurgia A cirurgia para cisto de Baker geralmente é indicada quando os outros tipos de tratamento não tiveram bons resultados e inclui a correção de outras alterações do joelho, além do próprio cisto. Neste caso, o tratamento pode envolver uma cirurgia aberta ou por meio de artroscopia. Entenda melhor o que é a artroscopia do joelho. Possíveis complicações A principal complicação do cisto de Baker é a pseudo tromboflebite, que pode surgir quando o cisto é grande ou se rompe. Nesses casos podem surgir sintomas semelhantes à trombose venosa profunda, como inchaço, sensação de calor e dor intensa na panturrilha. Presidente do Comitê de Cirurgia do Joelho da SBOT-RS - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – Regio... i Atualizado por Paula Santos Analista Editorial Redatora especialista em bem-estar, família, beleza, diversidade e cuidados com a saúde do corpo. O Cisto de Baker é uma inflamação provocada pelo acúmulo de líquido sinovial (produzido naturalmente para lubrificação das articulações) na região posterior do joelho. Normalmente, o problema ocorre por um processo de desgaste da articulação e o tratamento varia de acordo com cada quadro. O problema é provocado pelo aumento na quantidade do fluido que lubrifica as articulações, formando um cisto. De acordo com Marcos Wainberg Rodrigues, presidente do Comitê de Cirurgia do Joelho da SBOT-RS, o cisto de Baker normalmente ocorre em articulação com certo grau de artrose ou inflamação causadas após danos e desgaste da cartilagem.“A grande maioria dos cistos de Baker ocorre em pacientes acima de 60 anos de idade, já que ele está relacionado a processo degenerativos. Porém, ele também pode ocorrer em pacientes mais novos quando essa lesão está associada, principalmente, a rupturas meniscais ou a algum processo reumático, em que há o aumento da produção do líquido sinovial”.Em alguns casos, um cisto de Baker pode ser assintomático - ou seja, não provoca sintomas. No entanto, alguns pacientes apresentam alguns sinais como: Inchaço atrás do joelho Dor no joelho Rigidez muscular Os sintomas podem piorar depois da prática de exercícios físicos ou após passar muito tempo de pé, com o músculo do joelho estendido ou, ainda, após muito tempo parado em uma mesma posição.Um cisto de Baker pode, na maior parte das vezes, ser diagnosticado por meio de um simples exame físico. No entanto, alguns sintomas são muito similares a sinais de doenças mais graves, como trombose, aneurisma e tumor. Por isso, podem ser solicitados alguns exames de imagem não invasivos, incluindo ultrassonografias e exame de ressonância magnética. O método de tratamento para o cisto de Baker varia de acordo com cada quadro. Enquanto alguns desaparecem por conta própria, outros podem aumentar de tamanho e provocar dor, o que necessita de cuidados específicos. Alguns deles são:Medicamentos: podem ser utilizadas medicações com corticosteroide, como a cortisona, a fim de reduzir a inflamação. Isso pode aliviar a dor, mas nem sempre evita a recorrência do cisto.Drenagem do líquido: o líquido acumulado na articulação do joelho é drenado com uma agulha. Esse método, também chamado de aspiração, muitas vezes é realizado com a ajuda de ultrassom.Fisioterapia: exercícios de fortalecimento do joelho e de amplitude dos movimentos podem ajudar a reduzir os sintomas e preservar a articulação do joelho. De acordo com Marcos, o cisto de Baker, por si só, não traz riscos maiores ao paciente - a não ser pelo fato de causar alguns sintomas de dor e desconforto posterior. Porém, é importante analisar a evolução do tamanho da bolha. “O que pode ocorrer é a ruptura desse cisto, uma vez que ele fica muito grande e esse líquido inflamatório se extravasa para perna e panturrilha, causando dor e edema na região. Isso é uma das complicações do cisto de Baker”, alerta. Cisto de Baker é um bolsa preenchido com líquido sinovial na parte de trás do joelho, que pode causar sintomas como caroço e dor atrás do joelho, inchaço, rigidez e dificuldade de movimento. Encontre um Ortopedista perto de você! Parceria com Buscar Médico Normalmente, o cisto de Baker no joelho surge em pessoas com histórico de pancadas ou acidentes no joelho, doenças articulares ou que fizeram sobrecarga da articulação, devido a exercícios físicos intensos, por exemplo. O tratamento do cisto de Baker, também chamado de cisto poplíteo ou cisto parameniscal, é feito pelo ortopedista e pode envolver repouso, fisioterapia, uso de remédios ou até cirurgia. Sintomas de cisto de Baker Os principais sintomas do cisto de Baker são: Dor, desconforto ou sensação de pressão atrás do joelho; Dor atrás do joelho que piora com esforços; Caroço na parte de trás do joelho; Dificuldade para esticar ou dobrar a perna. Os cistos pequenos normalmente causam poucos ou nenhum sintoma, no entanto, podem aumentar de tamanho com o tempo se não forem tratados adequadamente, e levar ao surgimento dos sintomas. Quando o cisto de Baker é muito grande pode comprimir vasos ou nervos próximos, levando ao surgimento de outros sintomas como formigamento, fraqueza ou inchaço na perna. Leia também: Dor atrás do joelho: 10 principais causas (e o que fazer) tuasaude.com/dor-atras-do-joelho Cisto de Baker rompido O cisto de Baker pode se romper caso seja muito grande ou se existir um acúmulo rápido de líquido, provocando sintomas como dor intensa, vermelhidão e inchaço na perna. Neste caso, o inchaço ou caroço atrás do joelho tende a desaparecer e pode ocorrer a sensação de água escorrendo pela perna. Em caso de suspeita de cisto de Baker rompido é recomendado procurar uma emergência para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento apropriado. Como confirmar o diagnóstico O diagnóstico de cisto de Baker geralmente é feito pelo ortopedista ou reumatologista através da avaliação sintomas apresentados e histórico de acidentes, pancadas no joelho e doenças articulares. Marque uma consulta com o ortopedista na região mais próxima de você: Parceria com agende sua consulta online Disponível em: São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Maranhão, Pará, Paraná, Sergipe e Ceará. Além disso, o médico deve fazer o exame físico e, em alguns casos, solicitar exames como ultrassom do joelho ou ressonância magnética para confirmar o diagnóstico. Cisto de Baker é grave? O cisto de Baker é uma condição benigna e geralmente não é considerado um problema grave. No entanto, é importante confirmar o diagnóstico e, quando indicado, realizar o tratamento adequado, para evitar a piora dos sintomas e o surgimento de complicações. Possíveis causas As principais causas de cisto de Baker são: Acidentes ou pancadas diretas no joelho; Osteoartrite ou artrite reumatoide; Lesão ou ruptura do menisco; Tumor benigno do tipo sinovite vilonodular pigmentada; Sobrecarga frequente da articulação, devido a exercícios físicos intensos. Essas condições podem levar ao acúmulo de líquido sinovial dentro da bursa atrás do joelho, formando o caroço na fossa poplítea, por isso também é chamado de cisto poplíteo. Cisto de Baker é câncer? O cisto de Baker não é câncer e não aumenta o risco de câncer, sendo uma condição benigna. Esse cisto é formado pelo acúmulo de líquido sinovial na bursa poplítea, uma bolsa localizada naturalmente atrás do joelho que funciona como um amortecedor, além de reduzir a fricção entre os ossos, os tendões e os músculos das articulações. Como é feito o tratamento O tratamento do cisto de Baker deve ser feito com orientação do ortopedista e é indicado nos casos em que o cisto provoca sintomas. Os principais tratamentos para cisto de Baker são: 1. Evitar esforços e repouso Evitar esforços é importante para prevenir que o cisto provoque dor ou aumente de tamanho. Além disso, em caso de dor, evitar andar muito ou carregar pesos, por exemplo, é importante para prevenir a piora e permitir a recuperação adequada. 2. Aplicação de compressas frias A aplicação de compressas frias pode ser recomendada em caso de dor e inchaço. Para isso, pode-se enrolar um saco com gelo em uma toalha e aplicar sobre o local da dor por cerca de 15 minutos pela manhã e à noite, para aliviar os sintomas. 3. Uso de anti-inflamatórios Quando a dor é intensa, o médico pode indicar o uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides, como ibuprofeno ou diclofenaco, para diminuir a inflamação e aliviar a dor. Confira os principais anti-inflamatórios e como usar. 4. Sessões de fisioterapia A realização de fisioterapia, exercícios de reabilitação e alongamentos é indicada para fortalecer os músculos do joelho e evitar a pressão exagerada sobre a articulação. Assim, a fisioterapia é eficaz em aliviar os sintomas, principalmente nos casos em que a dor é leve. 5. Tratamento de doenças associadas O tratamento adequado de outros problemas e doenças articulares, como artrite reumatoide e osteoartrite, é fundamental para evitar que o cisto aumente de tamanho e os sintomas causados pelo cisto piorem. Por isso, o médico pode orientar o tratamento de outras condições ou encaminhar para outro especialista. Veja como é feito o tratamento da osteoartrite. 6. Injeção de corticoide A injeção de corticoide diretamente no cisto pode aliviar a dor e diminuir o tamanho. Geralmente, é indicada quando os sintomas persistem mesmo com o uso de medicamentos ou a realização de fisioterapia. Além disso, é mais utilizada quando o cisto está associado a outras doenças como osteoartrite ou artrite reumatoide. 7. Aspiração do cisto por agulha A aspiração do cisto por agulha pode ser indicada em alguns casos e pode ser combinada com a injeção de corticoide, para alívio da dor e redução do tamanho do cisto. Normalmente, a aspiração por agulha é mais eficaz em pessoas jovens e sem outras doenças que afetam as articulações. 8. Cirurgia A cirurgia para cisto de Baker geralmente é indicada quando os outros tipos de tratamento não tiveram bons resultados e inclui a correção de outras alterações do joelho, além do próprio cisto. Neste caso, o tratamento pode envolver uma cirurgia aberta ou por meio de artroscopia. Entenda melhor o que é a artroscopia do joelho. Possíveis complicações A principal complicação do cisto de Baker é a pseudo tromboflebite, que pode surgir quando o cisto é grande ou se rompe. Nesses casos podem surgir sintomas semelhantes à trombose venosa profunda, como inchaço, sensação de calor e dor intensa na panturrilha. Presidente do Comitê de Cirurgia do Joelho da SBOT-RS - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – Regio... i Atualizado por Paula Santos Analista Editorial Redatora especialista em bem-estar, família, beleza, diversidade e cuidados com a saúde do corpo. O Cisto de Baker é uma inflamação provocada pelo acúmulo de líquido sinovial (produzido naturalmente para lubrificação das articulações) na região posterior do joelho. Normalmente, o problema ocorre por um processo de desgaste da articulação e o tratamento varia de acordo com cada quadro. O problema é provocado pelo aumento na quantidade do fluido que lubrifica as articulações, formando um cisto. De acordo com Marcos Wainberg Rodrigues, presidente do Comitê de Cirurgia do Joelho da SBOT-RS, o cisto de Baker normalmente ocorre em articulação com certo grau de artrose ou inflamação causadas após danos e desgaste da cartilagem.“A grande maioria dos cistos de Baker ocorre em pacientes acima de 60 anos de idade, já que ele está relacionado a processo degenerativos. Porém, ele também pode ocorrer em pacientes mais novos quando essa lesão está associada, principalmente, a rupturas meniscais ou a algum processo reumático, em que há o aumento da produção do líquido sinovial”.Em alguns casos, um cisto de Baker pode ser assintomático - ou seja, não provoca sintomas. No entanto, alguns pacientes apresentam alguns sinais como: Inchaço atrás do joelho Dor no joelho Rigidez muscular Os sintomas podem piorar depois da prática de exercícios físicos ou após passar muito tempo de pé, com o músculo do joelho estendido ou, ainda, após muito tempo parado em uma mesma posição.Um cisto de Baker pode, na maior parte das vezes, ser diagnosticado por meio de um simples exame físico. No entanto, alguns sintomas são muito similares a sinais de doenças mais graves, como trombose, aneurisma e tumor. Por isso, podem ser solicitados alguns exames de imagem não invasivos, incluindo ultrassonografias e exame de ressonância magnética. O método de tratamento para o cisto de Baker varia de acordo com cada quadro. Enquanto alguns desaparecem por conta própria, outros podem aumentar de tamanho e provocar dor, o que necessita de cuidados específicos. Alguns deles são:Medicamentos: podem ser utilizadas medicações com corticosteroide, como a cortisona, a fim de reduzir a inflamação. Isso pode aliviar a dor, mas nem sempre evita a recorrência do cisto.Drenagem do líquido: o líquido acumulado na articulação do joelho é drenado com uma agulha. Esse método, também chamado de aspiração, muitas vezes é realizado com a ajuda de ultrassom.Fisioterapia: exercícios de fortalecimento do joelho e de amplitude dos movimentos podem ajudar a reduzir os sintomas e preservar a articulação do joelho. De acordo com Marcos, o cisto de Baker, por si só, não traz riscos maiores ao paciente - a não ser pelo fato de causar alguns sintomas de dor e desconforto posterior. Porém, é importante analisar a evolução do tamanho da bolha. “O que pode ocorrer é a ruptura desse cisto, uma vez que ele fica muito grande e esse líquido inflamatório se extravasa para perna e panturrilha, causando dor e edema na região. Isso é uma das complicações do cisto de Baker”, alerta. O cisto de Baker, também conhecido como cisto poplíteo, é uma condição comum que afeta a região do joelho. Embora muitas vezes assintomático, esse cisto pode causar desconforto e limitar a mobilidade em algumas pessoas. Neste artigo, exploraremos o que é o cisto de Baker, suas causas, sintomas, métodos de diagnóstico e opções de tratamento. O cisto de Baker é um acúmulo de líquido sinovial que forma uma protuberância na parte de trás do joelho, resultante da inflamação da articulação. O líquido sinovial é uma substância que ajuda na lubrificação das articulações, e o cisto pode se desenvolver quando há um excesso desse líquido produzido devido a lesões ou condições médicas. As causas mais comuns do cisto de Baker incluem: Artrite: Condições como osteoartrite ou artrite reumatoide podem levar a um aumento da produção de líquido sinovial, resultando na formação do cisto. Lesões no Joelho: Traumas ou lesões na articulação, como meniscopatias, podem causar inflamação e acúmulo de líquido. Condromalácia Patelar: Esta condição, caracterizada pelo desgaste da cartilagem sob a patela, também pode ser um fator contribuidor. O cisto de Baker pode não apresentar sintomas visíveis, mas em alguns casos, os pacientes podem sentir: Inchaço na parte de trás do joelho: Essa é a característica mais evidente do cisto. Dor: O desconforto pode se agravar ao se flexionar ou estender o joelho. Rigidez: Sensação de rigidez ou pressão na articulação. Limitação de Movimento: Em casos graves, o cisto pode restringir a amplitude de movimento do joelho. O diagnóstico do cisto de Baker geralmente envolve uma avaliação clínica completa, que pode incluir: Exame Físico: O médico avaliará o joelho e verificará a presença de inchaço e sensibilidade. Imagens: Exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética (RM), podem ser utilizados para confirmar a presença do cisto e avaliar seu tamanho. O tratamento do cisto de Baker varia de acordo com a gravidade dos sintomas e a causa subjacente. As opções podem incluir: Observação: Em muitos casos, se o cisto não estiver causando dor ou problemas funcionais, o tratamento pode ser apenas a observação. Medicação: Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como ibuprofeno, podem ajudar a reduzir a dor e a inflamação. Fisioterapia: Fortalecimento e alongamento muscular podem ajudar a melhorar a função do joelho e reduzir a pressão na articulação. Drenagem do Cisto: Em casos onde o cisto causa dor significativa, a aspiração (drenagem) do líquido acumulado pode ser realizada. Cirurgia: Se os sintomas persistirem ou se houver complicações, a cirurgia pode ser recomendada para remover o cisto e tratar a condição subjacente que o causou. O cisto de Baker é uma condição que, embora muitas vezes não cause problemas sérios, pode gerar desconforto significativo em algumas pessoas. A compreensão de suas causas e sintomas é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequados. Se você suspeita ter um cisto de Baker ou apresenta dor e inchaço no joelho, consulte um profissional de saúde para uma avaliação completa e orientações sobre o melhor tratamento para o seu caso. Com o cuidado adequado, a maioria das pessoas pode retomar suas atividades normais sem limitações. Produto indicado O Portal da Ortopedia recomenda consultar um profissional especializado em caso de dúvidas sobre qualquer informação de nosso site. Rupturing of the fibrocartilage strips in the knee called menisci This article needs additional citations for verification. Please help improve this article by adding citations to reliable sources. Unsourced material may be challenged and removed.Find sources: "Meniscus tear" – news · newspapers · books · scholar · JSTOR (July 2014) (Learn how and when to remove this message) Medical conditionTear of meniscusHead of right tibia seen from above, showing menisci and attachments of ligamentsSpecialtyOrthopedics A tear of a meniscus is a rupturing of one or more of the fibrocartilage strips in the knee called menisci. When doctors and patients refer to "torn cartilage" in the knee, they actually may be referring to an injury to a meniscus at the top of one of the tibiae. Menisci can be torn during innocuous activities such as walking or squatting. They can also be torn by traumatic force encountered in sports or other forms of physical exertion. The traumatic action is most often a twisting movement at the knee while the leg is bent. In older adults, the meniscus can be damaged following prolonged 'wear and tear'. Especially acute injuries (typically in younger, more active patients) can lead to displaced tears which can cause mechanical symptoms such as clicking, catching, or locking during motion of the joint.[1] The joint will be in pain when in use, but when there is no load, the pain goes away. A tear of the medial meniscus[2] can occur as part of the unhappy triad, together with a tear of the anterior cruciate ligament and medial collateral ligament. The common signs and symptoms of a torn meniscus are knee pain, particularly along the joint line, and swelling. These are worse when the knee bears more weight (for example, when running). Another typical complaint is joint locking, when the affected person is unable to straighten the leg fully. This can be accompanied by a clicking feeling. Sometimes, a meniscal tear also causes a sensation that the knee gives way.[citation needed] A person with a torn meniscus can sometimes remember a specific activity during which the injury was sustained. A tear of the meniscus commonly follows a trauma that involves rotation of the knee while it was slightly bent. These maneuvers also exacerbate the pain after the injury; for example, getting out of a car is often reported as painful. There are two menisci in the knee. They sit between the thigh bone and the shin bone. While the ends of the thigh bone and the shin bone have a thin covering of soft hyaline cartilage, the menisci are made of tough fibrocartilage and conform to the surfaces of the bones they rest on. One meniscus rests on the medial tibial plateau; this is the medial meniscus. The other meniscus rests on the lateral tibial plateau; this is the lateral meniscus.[3][4] The menisci are nourished by small blood vessels but have a large area in the center with no direct blood supply (avascular). This presents a problem when there is an injury to the meniscus, as the avascular areas tend not to heal. Without the essential nutrients supplied by blood vessels, healing cannot take place.[citation needed] The two most common causes of a meniscal tear are traumatic injury (often seen in athletes) and degenerative processes, which are the most common tear seen in all ages of patients. Meniscal tears can occur in all age groups. Traumatic tears are most common in active people aged 10–45. Traumatic tears are usually radial or vertical in the meniscus and more likely to produce a moveable fragment that can catch in the knee and therefore require surgical treatment.[citation needed] A meniscus can tear due to an internally or externally rotated knee in a flexed position, with the foot in a flexed position.[5] It is not uncommon for a meniscal tear to occur along with injuries to the anterior cruciate ligament ACL and the medial collateral ligament MCL — these three problems occurring together are known as the "unhappy triad," which is seen in sports such as football when the player is hit on the outside of the knee. Individuals who experience a meniscal tear usually experience pain and swelling as their primary symptoms. Another common complaint is joint locking, or the inability to completely straighten the joint. This is due to a piece of the torn cartilage preventing the normal functioning of the knee joint.[citation needed] Degenerative tears are most common in people from age 40 upward but can be found at any age, especially with obesity. Degenerative meniscal tears are thought to occur as part of the aging process when the collagen fibers within the meniscus start to break down and lend less support to the structure of the meniscus. Degenerative tears are usually horizontal, producing both an upper and a lower segment of the meniscus. These segments do not usually move out of place and are therefore less likely to produce mechanical symptoms of catching or locking.[citation needed] The meniscus is made of cartilage, a viscoelastic material, which makes it more susceptible to rate of loading injuries. Repetitive loading can also lead to injury. Recent studies have shown people who experience rapid rate of loading and/or repetitive loading to be the most susceptible to meniscus tears. People over the age of 60 who have working conditions in which squatting and kneeling are common are more susceptible to degenerative meniscal tears.[6] Athletes who constantly experience a high rate of loading (e.g. soccer, rugby) are also susceptible to meniscus tears.[6] Studies have also shown with increasing time between ACL injury and ACL reconstruction, there is an increasing chance of meniscus tears. This study showed meniscus tears occurring at a rate of 50–70% depending on how long after the ACL injury the surgery occurred.[7] Meniscal ramp lesions (tears of the medial meniscus posterior horn at the menisco-capsular junction) occur in approximately 25% of ACL-injured knees.[8] Lateral meniscal root tears occur in approximately 7% of ACL injured knees[9] The force distribution is across the knee joint, increasing force concentration on the cartilage and other joint structures.[citation needed] Damage to the meniscus due to rotational forces directed to a flexed knee (as may occur with twisting sports) is the usual underlying mechanism of injury. A valgus force applied to a flexed knee with the foot planted and the femur rotated internally can result in a medial meniscus tear. A varus force applied to the flexed knee when the foot is planted and the femur rotated externally result in a tear of the lateral meniscus.[10] Tears produce rough surfaces inside the knee, which cause catching, locking, buckling, pain, or a combination of these symptoms. Abnormal loading patterns and rough surfaces inside the knee, especially when coupled with return to sports, significantly increase the risk of developing arthritis if not already present.[citation needed] The menisci are C-shaped wedges of fibrocartilage located between the tibial plateau and femoral condyles. The menisci contain 70% type I collagen.[11] The larger semilunar medial meniscus is attached more firmly than the loosely fixed, more circular lateral meniscus. The anterior and posterior horns of both menisci are secured to the tibial plateaus. Anteriorly, the transverse ligament connects the 2 menisci; posteriorly, the meniscofemoral ligament helps stabilize the posterior horn of the lateral meniscus to the femoral condyle. The coronary ligaments connect the peripheral meniscal rim loosely to the tibia. Although the lateral collateral ligament (LCL) passes in close proximity, the lateral meniscus has no attachment to this structure.[11] The joint capsule attaches to the entire periphery of each meniscus but adheres more firmly to the medial meniscus. An interruption in the attachment of the joint capsule to the lateral meniscus, forming the popliteal hiatus, allows the popliteus tendon to pass through to its femoral attachment site. Contraction by the popliteus during knee flexion pulls the lateral meniscus posteriorly, avoiding entrapment within the joint space. The medial meniscus does not have a direct muscular connection. The medial meniscus may shift a few millimeters, while the less stable lateral meniscus may move at least 1 cm.[citation needed] In 1978, Shrive et al. reported that the collagen fibers of the menisci are oriented in a circumferential pattern.[11] When a compressive force is applied in the knee joint, a tensile force is transmitted to the menisci. The femur attempts to spread the menisci anteroposteriorly in extension and mediolaterally in flexion. Shrive et al. further studied the effects of a radial cut in the peripheral rim of the menisci during loading. In joints with intact menisci, the force was applied through the menisci and articular cartilage; however, a lesion in the peripheral rim disrupted the normal mechanics of the menisci and allowed it to spread when a load was applied. The load now was distributed directly to the articular cartilage. In light of these findings, it is essential to preserve the peripheral rim during partial meniscectomy to avoid irreversible disruption of the structure's hoop tension capability.[11] After noting symptoms, a physician can perform clinical tests to determine if the pain is caused by compression and impingement of a torn meniscus. The knee is examined for swelling. In meniscal tears, pressing on the joint line on the affected side typically produces tenderness. The McMurray test involves pressing on the joint line while stressing the meniscus (using flexion–extension movements and varus or valgus stress). Similar tests are the Steinmann test (with the patient sitting) and the Apley grind test (a grinding maneuver while the person lies prone and the knee is bent 90°) and the Thessaly test (flexing the affected knee to 20 degrees, pivoting on the knee to see if the pain is reproduced). Bending the knee (into hyperflexion if tolerable), and especially squatting, is typically a painful maneuver if the meniscus is torn. The range of motion of the joint is often restricted. Cooper's sign is present in over 92% of tears. It is a subjective symptom of pain in the affected knee when turning over in bed at night. Osteoarthritic pain is present with weightbearing, but the meniscal tear causes pain with a twisting motion of the knee as the meniscal fragment gets pinched, and the capsular attachment gets stretched causing the complaint of pain. Bucket-handle tear of the lateral meniscus (red). Medial meniscus intact (green). MRI, coronal T2 *-weighted GRE sequence. X-ray images (normally during weightbearing) can be obtained to rule out other conditions or to see if the patient also has osteoarthritis. The menisci themselves cannot be visualised with plain radiographs. If the diagnosis is not clear from the history and examination, the menisci can be imaged with magnetic resonance imaging (an MRI scan). This technique has replaced previous arthrography, which involved injecting contrast medium into the joint space. In straightforward cases, knee arthroscopy allows quick diagnosis and simultaneous treatment. Recent clinical data shows that MRI and clinical testing are comparable in sensitivity and specificity when looking for a meniscal tear.[citation needed] Types of meniscus tears A meniscal tear can be classified in various ways, such as by anatomic location or by proximity to blood supply. Various tear patterns and configurations have been described.[12] These include: Radial tears Flap or parrot-beak tears Peripheral, longitudinal tears Bucket-handle tears Horizontal cleavage tears Complex, degenerative tears These tears can then be further classified by their proximity to the meniscus blood supply, namely whether they are located in the “red-red,” “red-white,” or “white-white” zones. The functional importance of these classifications, however, is to ultimately determine whether a meniscus is repairable. The repairability of a meniscus depends on a number of factors. These include: Age/strength Activity level Tear pattern Chronicity of the tear Associated injuries (anterior cruciate ligament injury) Healing potential Tear of a meniscus is a common injury in many sports. The menisci hold 30–55% of the body load in standing position.[13] Some sports where a meniscus tear is common are American football, association football, ice hockey, tennis and weightlifting. Regardless of what the activity is, it is important to take the correct precautions to prevent a meniscus tear from happening. There are three major ways which will significantly prevent and reduce the risk of a meniscus tear. The first of these is wearing the correct footwear for the sport and surface that the activity is taking place on. This means that if the sport being played is association football, cleats are an important item in reducing the risk of a meniscus tear.[14] The proper footwear is imperative when engaging in physical activity because one off-balanced step could mean a meniscus tear.[15] It is highly advised that the shoes contain a synthetic molded sole, no fewer than fourteen cleats per shoe, no lower than a half inch diameter of the cleat tip, and at most, a three-eighths inch of cleat length.[16] The second way to prevent a meniscus tear is to strengthen and stretch the major leg muscles.[17] Those muscles include the hamstrings, quadriceps, and calf muscles. One popular exercise used to strengthen the hamstrings is the leg curl. It is also important to properly stretch the hamstrings; doing standing toe touches can do this. Seated leg extensions strengthen the quadriceps and doing the quadriceps stretch will help loosen the muscles. Toe raises are used to strengthen and stretch the calves.[17] Adequate muscle mass and strength may also aid in maintaining healthy knees. The use of the parallel squat increases much needed stability in the knee if executed properly. Execution of the parallel squat will develop the lower body muscles that will strengthen the hips, knees, and ankles.[18] Proper parallel squat form to improve knee stability The last major way to prevent a tear in the meniscus is learning proper technique for the movement that is taking place.[19] For the sports involving quick powerful movements it is important to learn how to cut, turn, land from a jump, and stop correctly. It is important to take the time out to perfect these techniques when used. Tear of medial meniscus Presently, treatments make it possible for quicker recovery. If the tear is not serious, physical therapy, compression, elevation and icing the knee can heal the meniscus.[20] Meniscus tears are more likely to heal on their own if they are in what physicians call the "red zone," or the outer edge of the meniscus where blood supply is present.[21][22] More serious tears may require surgical procedures. Surgery, however, does not appear to be better than non-surgical care.[23] In the long term, degenerative meniscal tears are often associated with osteoarthritis. This leads to poor outcomes regardless of treatment type. In the short term, studies have shown arthroscopic partial meniscectomy (APM) is a more effective treatment with regards to function and pain management.[24] Initial treatment may include physical therapy, bracing, anti-inflammatory drugs, or corticosteroid injections to increase flexibility, endurance, and strength.[25] Common anti-inflammatory drugs and painkillers prescribed for meniscus tears include acetaminophen, non-steroidal anti-inflammatory drugs, and corticosteroids.[26][27] Exercises can strengthen the muscles around the knee, especially the quadriceps. Stronger and bigger muscles will protect the meniscus cartilage by absorbing a part of the weight. The patient may be given paracetamol or anti-inflammatory medications. For patients selecting non-surgical treatment, physical therapy may reduce symptoms of pain and swelling. This type of rehabilitation focuses on maintenance of full range of motion and functional progression without aggravating symptoms.[28] Physical therapists can employ electric stimulation, cold therapy, and ultrasonography. Accelerated rehabilitation programs can be as successful as the conservative program.[29] The program reduces the time the patient spends using crutches and allows weight bearing activities. The less conservative approach allows the patient to apply a small amount of stress while protecting range of motion.[29] It is likely that a patient with a peripheral tear can pursue the accelerated program, while a patient with a larger tear adopts the conservative program. The use of platelet rich plasma (PRP) to aid in the healing process has become widely accepted among US athletes. Although the procedure has grown in popularity, studies assessing the efficacy of PRP treatment have yielded contradictory results.[30] Arthroscopy is a surgical technique in which a joint is operated on using an endoscopic camera as opposed to open surgery on the joint. The meniscus can either be repaired or completely removed.[20] Surgery is not appropriate for a degenerative meniscus tear, absent locking or catching of the knee, recurrent effusion or persistent pain.[25] Evidence suggests that it is no better than conservative management in those with and without osteoarthritis.[31][32] Surgery appears to offer no benefit to adults who have mild arthritis.[32] An independent international guideline panel recommended against arthroscopy for degenerative meniscus tears; this conclusion derived from evidence of no lasting benefit and that less than 15% of patients experience even a short-term benefit.[31] Disadvantages include a two to six week recovery time and rare but serious adverse effects that can occur, including blood clots in the legs, surgical site infections, and nerve damage.[33][34][35] The BMJ Rapid Recommendation includes infographics and shared decision-making tools to facilitate a conversation between doctors and patients about the risks and benefits of arthroscopic surgery.[31] If the injury is isolated, then the knee would be relatively stable. However, if an injury such as an anterior cruciate ligament injury (torn ACL) is coupled with a torn meniscus, then an arthroscopy is recommended. A meniscal repair has a higher success rate given an adequate blood supply to the peripheral rim.[36][failed verification] The interior of the meniscus is avascular, but the blood supply can penetrate up to about 6 millimetres (0.24 in). Therefore, meniscus tears that occur near the peripheral rim are able to heal after a meniscal repair.[1] One study found that repair is better than removal (meniscectomy). The amount of rehabilitation time required for a repair is longer, but removing the meniscus can induce osteoarthritis. Meniscectomy rehab requires four to six weeks. Repair requires four to six months. If conservative treatment is ineffective, surgical intervention may be required. Younger patients are typically more resilient and respond well to this treatment, while older, more sedentary patients do not have a favorable outcome after a repair.[37] Meniscus transplants are regularly successful, although the procedure is not common and many questions surrounding its use remain.[37][38] Side effects of meniscectomy include:[citation needed] The knee loses its ability to transmit and distribute load and absorb mechanical shock. Persistent and significant swelling and stiffness in the knee. The knee may be not be fully mobile; there may be the sensation of knee locking or buckling in the knee. The full knee may be in full motion after tear of meniscus. Increases progression of arthritis and time to knee replacement. Another treatment approach in development is a meniscus implant or "artificial meniscus." While many artificial joints and bionic body parts are available, including arms, legs, joints and other body parts, a prosthetic meniscus replacement has yet to be commercially available worldwide.[39] The first to be implanted in humans is called the NUsurface Meniscus Implant. The implant is made from medical grade plastic and is designed not to require fixation to bone or soft tissue.[40] The implant could be a good option for younger, active patients who are considered too young for knee replacement because that surgery lasts only about 10 years.[41] The implant has been used in clinical trials in Europe since 2008. The first surgery as part of US clinical trials took place in January 2015 at Ohio State University's Wexner Medical Center.[42][43][44] Two FDA-approved clinical trials evaluating the implant completed enrollment in June 2018.[45] In September 2019, the manufacturer received breakthrough designation from the U.S. Food and Drug Administration, and the company expected to file for regulatory approval within the following year.[46][47] In November 2019, the implant became commercially available in Israel.[48] Other implants include TRAMMPOLIN and Orthonika.[49][50][51] Scientists are working to grow an artificial meniscus in the lab. Scientists from Cornell and Columbia universities grew a meniscus inside the knee joint of a sheep using a 3-D printer and the sheep's stem cells.[39][52] Similarly, researchers at Scripps Research Shiley Center for Orthopaedic Research and Education reported growing a meniscus.[53] Typical locations of arthroscopic surgery incisions in a knee joint following surgery for a tear in the meniscus After a successful surgery for treating the destroyed part of the meniscus, patients must follow a rehabilitation program to have the best result. The rehabilitation following a meniscus surgery depends on whether the entire meniscus was removed or repaired. If the damaged part of the meniscus was removed, patients can usually start walking using a crutch a day or two after surgery. Although each case is different, patients return to their normal activities on average after a few weeks (2 or 3). Still, a completely normal walk will resume gradually, and it's not unusual to take 2–3 months for the recovery to reach a level where a patient will walk totally smoothly. Many meniscectomy patients don't ever feel a 100% functional recovery, but even years after the procedure they sometimes feel tugging or tension in a part of their knee.[citation needed] There is little medical follow-up after meniscectomy and official medical documentation tends to ignore the imperfections and side-effects of this procedure. If the meniscus was repaired, the rehabilitation program that follows is a lot more intensive. After the surgery, a hinged knee brace is sometimes placed on the patient. This brace allows controlled movement of the knee. The patient is encouraged to walk using crutches from the first day, and most of the times can put partial weight on the knee. Improving symptoms, restoring function, and preventing further injuries are the main goals when rehabilitating.[54] By the end of rehabilitation, normal range of motion, function of muscles and coordination of the body are restored.[54] Personalized rehabilitation programs are designed considering the patient's surgery type, location repaired (medial or lateral), simultaneous knee injuries, type of meniscal tear, age of patient, condition of the knee, loss of strength and ROM, and the expectations and motivations of the patient.[55] Day one through ten of arthroscopy surgical recovery. There are three phases that follow meniscal surgery. Each phase consists of rehabilitation goals, exercises, and criteria to move on to the next phase. Phase I starts immediately following surgery to 4–6 weeks or until the patient is able meet progression criteria. The goals are to restore normal knee extension, reduce and eliminate swelling, regain leg control, and protect the knee (Fowler, PJ and D. Pompan, 1993). During the first 5 days following the surgery, a passive continuous motion machine is used to prevent a prolonged period of immobilization which leads to muscular atrophy and delays functional recovery.[56] During the 4–6 weeks post-surgical, active and passive non-weight bearing motions which flex the knee up to 90° are recommended. For patients with meniscal transplantation, further knee flexion can damage the allograft because of the increased shear forces and stresses. If any weight-bearing exercises are applied, a controlled brace should be worn on the knee to keep the knee at near (